Bijlage bij Marktscan ggz 2014, deel B

Verdieping Wachttijden ambulante curatieve ggz 2010-2012

Elisabeth Wever en Gertjan Verhoeven

Economisch en Medisch Bureau NZa

juni 2015

Inhoud

Managementsamenvatting

In de Marktscan ggz 2014 Deel A werden voor het eerst wachttijden getoond die waren afgeleid uit informatie geregistreerd in DBC's. De belangrijkste conclusies uit deze marktscan waren (jeugd-ggz buiten beschouwing latend):

- Tussen zorgaanbieders is er een grote spreiding in de gemiddelde wachttijd. Er zijn zorgaanbieders die een gemiddelde wachttijd hebben van 2 weken en zorgaanbieders die een wachttijd hebben van meer dan 20 weken.
- Circa 29% van alle patiënten in het circuit 'volwassenen' moest in 2012 langer dan de treeknorm wachten tot de eerste afspraak (aanmeldwachttijd).

Dit onderzoeksrapport bevat de resultaten van een verdiepende onderzoek waarbij de volgende vragen centraal stonden:

- Welke factoren hangen samen met een lange of korte wachttijd?
- Specifiek: Zijn er landelijk verschillen in wachttijd tussen zorgverzekeraars?

Hierbij is ook gekeken naar de representativiteit (niet alle DBC's in DIS bevatten bruikbare wachttijden) en actualiteit (het kan meer dan een jaar duren voordat een geopende DBC gedeclareerd en aan DIS geleverd wordt). Dit onderzoek is uitgevoerd voor de tweedelijns ambulante ggz zorg voor volwassenen. Bij het onderzoek zijn (dus) eerstelijnszorg, klinische-ggz, acute-ggz en jeugd-ggz buiten beschouwing gelaten.

Belangrijk is te vermelden dat de conclusies betrekking hebben op de periode 2010-2012. Dit in verband met de relatief lange doorlooptijd inherent aan de DBC-systematiek.

- Belangrijkste conclusies:
  - De aanmeldwachttijd varieert tussen 3 en 10 weken, afhankelijk van de hoofddiagnose.
  - Zeer beperkte verschillen in wachttijd tussen zorgverzekeraars.
  - De behandelwachttijd neemt aanzienlijk af naarmate een DBC meer geschreven behandeltijd bevat.
  - Geen verschillen in wachttijd tussen stedelijke/landelijke gebieden.

1. Methode

Een exploratieve analyse is uitgevoerd naar de samenhang van verschillende factoren met wachttijd. De volgende factoren zijn meegenomen: Diagnosegroep, jaar, leeftijd, geslacht, type aanbieder (wel of niet gebudgetteerd), ZVZ-score (en sub-scores), type behandeling (individuele behandeling, groepsbehandeling, systeembehandeling of farmacotherapie), behandelduur, verstedelijking en verzekeraar.

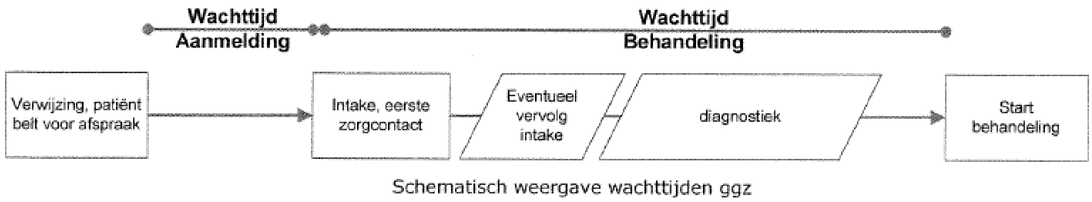
Niet-gebudgetteerde zorgaanbieders zijn vrijgevestigde behandelaren en zorgaanbieders die na 2008 zijn gestart met tweedelijnszorg. De verstedelijkings-categorieën zijn gedefinieerd op basis van eerste 4 cijfers van de postcode van de patiënt. Vanwege de link tussen wachttijd en zorginkoop zijn de zorgverzekeraars op het niveau van de zorginkoopcombinatie (waarbij Multizorg inkoopt namens Zorg en Zekerheid, Eno, ASR en ONVZ) onderscheiden. De fusie tussen Agis en Achmea (2013) is nog niet doorgevoerd in de analyse omdat dit de jaren 2010-2012 betreft. De DBC's worden via de UZOVI-code (zorgverzekeraar-code) van de DBC aan inkoopcombinaties gekoppeld.

1.1 Definities en normen

De wachttijden betreffen uit ambulante zorgtrajecten afgeleide aanmeld- en behandelwachttijden.

In figuur 1.1 staat een schematische weergave van het proces van zorverlening met daarin de twee wachttijden.

Figuur 1.1 Schematische weergave van wachttijden



De aanmeldingswachttijd
De aanmeldingswachttijd is het aantal weken tussen het moment dat een patiënt (of verwijzer) een eerste afspraak maakt bij een zorgaanbieder voor een intakegesprek (eerste zorgcontact) tot het moment dat de eerste afspraak plaats vindt.[1]

De behandelingswachttijd
De behandelingswachttijd is aantal weken tussen de intake (moment van eerste zorgcontact, tevens eindpunt aanmeldingswachttijd) en de start van de behandeling. In de zorgregistratie van de zorgaanbieder is dit het

[1] Voor de wachttijden op websites van zorgaanbieders wordt naar lege plekken in het afsprakenregister gekeken. Hierbij bepaalt de derde mogelijkheid in het afsprakenregister van de zorgaanbieder de wachttijd. Voor de wachttijden op websites wordt dus niet naar gerealiseerde wachttijden uit het (recente) verleden gekeken, maar naar de toekomst.

eerste behandelcontact. In deze periode voorafgaand aan de start van behandeling vindt er typisch diagnostiek plaats.

Treeknormen
Het hierboven weergegeven schema van wachttijdmeting vormt de basis voor de wachttijden zoals deze op de websites van aanbieders dienen te worden vermeld. Hierbij worden dus *twee* wachttijden onderscheiden. Er worden echter *drie* afzonderlijke Treeknormen onderscheiden voor de ggz:
- De Treeknorm voor de aanvaardbare wachttijd voor het eerste zorgcontact (ook aanmeldingswachttijd genoemd) is bij ggz vier weken (fase 1).
- De Treeknorm die na intake geldt voor de wachttijd voor de diagnose is vier weken (fase 2).
- De Treeknorm voor de wachttijd voor behandeling vanaf het moment van diagnose is zes weken (fase 3).

In de scan gebruiken we als (gecombineerde) Treeknorm voor de periode tussen het eerste zorgcontact en de behandeling (ook wel behandelingswachttijd, fases 2 en 3 samen) een maximum van tien weken.

Dit betekent dat de gehele wachttijd van aanmelding tot het eerste zorgcontact, het wachten op de diagnose en vervolgens de tijd tot de behandeling niet langer mag zijn dan veertien weken.

1.2 Van definitie naar meting

Uit de definities van aanmeldwachttijd en behandelwachttijd blijkt dat er drie momenten bepaald moeten worden in de DBC-registratie:
- Het moment waarop de aanmeldwachttijd begint,
- het moment waarop deze stopt en de behandelwachttijd begint, en
- het moment waarop deze stopt en de behandeling begint

Voor het berekenen van de wachttijden hebben we de spelregels DBC-ggz gebruikt.
In de spelregels DBC-ggz staat voor de relatie tussen zorgtraject en DBC het volgende:

*'Om de totale doorlooptijd te kunnen monitoren, moet ook de **aanmeldingsdatum** apart worden geregistreerd. **Bij de aanmelding wordt het zorgtraject van de patiënt geopend**. Een zorgtraject beschrijft de geleverde zorg (activiteiten en verrichtingen) in het kader van de behandeling van één primaire diagnose. Een zorgtraject kan bestaan uit een initiële DBC en eventueel een of meerdere vervolg-DBC's. **Het openen van een zorgtraject gebeurt bijvoorbeeld doordat er een afspraak wordt gemaakt** door een secretaresse. Er is nog geen patiëntgebonden activiteit met een behandelaar.'*

Op basis van deze spelregel hebben we de drie momenten die bepalend zijn voor de aanmeld- en behandelwachttijd als volgt bepaald in de DBC-registratie:
- De datum waarop het zorgtraject wordt geopend is het moment waarop de aanmeldwachttijd start.
- De datum van de eerste activiteit met de specifieke activiteit-code voor 'intake & screening' (2.1) waarbij directe tijd is geregistreerd is gekozen als het moment waarop de aanmeldwachttijd stopt, en de behandelwachttijd begint.

- De datum waarop de eerste behandelactiviteit (activiteit-code 3.x) met directe tijd geregistreerd is in DIS is gekozen als moment waarop de behandelwachttijd stopt.

Bijlage V 'Activiteiten- en verrichtingenlijst' in het document 'Spelregels DBC-registratie ggz, versie 20101221' bevat een overzicht van alle mogelijke activiteiten-codes in 2011. Bijlage A van dit document bevat details over de gebruikte activiteitencodes binnen dit onderzoek.

1.3 Aandachtspunten

- De wachttijd kan ook langer zijn ten gevolge van de patiënt zelf. Bijvoorbeeld omdat de patiënt het intakegesprek blijft uitstellen of omdat de patiënt niet op de intakeafspraak verschijnt (de zogeheten 'no-show'[2]).
- Bij systeembehandelingen moeten ook mensen uit de omgeving van de patiënt, bijvoorbeeld de partner of ouder(s), aanwezig zijn. Omdat het tijdstip van de afspraak meerdere mensen moet schikken kan het langer duren voordat een patiënt een afspraak heeft.
- In dit onderzoek kijken we naar de wachttijden en niet naar wachtlijsten, hierdoor maken we geen onderscheid tussen wenswachtenden en andere wachtenden.
- De aannames zijn gebaseerd op de spelregels DBC-ggz. Er is vanuit gegaan dat de zorgaanbieders zich houden aan de regels en dus correct registreren in DIS.
- Activiteiten met directe tijd die niet als intake (code 2.1) zijn gelabeld worden niet als intake gezien. De 'klok' stopt pas zodra een intake activiteit met directe tijd wordt geregistreerd. DBC's zonder intake-activiteit zijn buiten beschouwing gelaten.
- Na een intakegesprek kan nog uitgebreide diagnostiek volgen voordat de behandeling begint. Dit kan voor een lange behandelwachttijd zorgen zonder dat de patiënt echt aan het wachten is. Om deze reden leggen wij in dit rapport de nadruk op de aanmeldwachttijd.
- Het is mogelijk dat een patiënt een sub-optimale behandeling krijgt omdat de optimale behandeling een te lange wachttijd kent. Of een behandeling de meest passende is kan niet uit de data worden afgeleid.
- Door naar wachttijden van patiënten die een intake en behandeling hebben gehad te kijken, wordt er geen rekening gehouden met patiënten die uiteindelijk niet in behandeling komen (bijvoorbeeld doordat plafonds zijn bereikt).

[2] Zie ook Korrelboom et al, tijdschrift voor psychiatrie 49(2007): 'Wie zijn de no-shows en waarom blijven zij weg?'.

2. Data selectie

Dit onderzoek is uitgevoerd voor de tweedelijns ggz-zorg. Voor de analyses hebben we een selectie van de DBC's van de DIS data gebruikt. In paragraaf 2.1 wordt beschreven welke selectie op de data is gemaakt voor de scope van het onderzoek. Gegeven de specifieke definities van de wachttijden moet de data ook aan sommige eisen voldoen om de wachttijden te kunnen berekenen. In paragraaf 3.2 wordt beschreven welke selectie op de data bruikbaar is en gebruikt is om de wachttijden te berekenen.

2.1 Selectie voor de scope van het onderzoek

Voor de scope van het onderzoek hebben we de volgende selecties op de DBC's van de DIS data gemaakt (Tussen haken staat hoeveel DBC's in de selectie zitten als de betreffende selectie is gemaakt):
- DBC's geopend in 2010, 2011 of 2012 (2.958.099 records in selectie).
- Initiële DBC's met reguliere zorg (1.553.466 records in selectie).
- DBC's zonder verblijfdagen (1.460.881 records in selectie).
- Geen crisis DBC's (1.448.034 records in selectie).
- DBC's niet behorende bij de diagnose-groep dyslexie (1.422.096 records in selectie).
- DBC's behorende bij patiënten ouder dan 18 jaar (1.107.333 records in selectie).

Er zijn dus 1.107.333 records in DIS die relevant zijn voor de scope van dit onderzoek.

2.2 Selectie van bruikbare data voor het onderzoek

Gegeven de specifieke definities van de wachttijden moet de data ook aan sommige eisen voldoen om de wachttijden te kunnen berekenen. De kwaliteit van de data moet goed zijn en een intake en een behandelactiviteit moeten geregistreerd zijn om een aanmeldwachttijd en behandelingswachttijd te definiëren. Boven op de selectie van de data voor de scope van dit onderzoek is daarom de volgende selecties gemaakt (Tussen haken staat hoeveel DBC's in de selectie zitten als de betreffende selectie is gemaakt):
- DBC's waarvan de datum van het eerste directe contact tenminste één dag later is dan de openingsdatum van de zorgtraject[3] (778.726 records in selectie).
- DBC's waarvan de datum van de eerste behandelactiviteit op of na de datum van de intakeactiviteit van de zorgtraject is[4] (754.747 records in selectie).

  Dus voor 32% van de DBC's is de datum van het eerste activiteit met direct contact eerder of gelijk aan de openingsdatum van het zorgtraject of de datum van de eerste behandelactiviteit voor de datum van de intakeactiviteit, waardoor deze records niet bruikbaar zijn. Om te bepalen hoe representatief deze selectie is, staat in bijlage 1 voor elke factor die we analyseren het percentage niet bruikbare DBC's per categorie. Uit de resultaten blijkt dat dat voor de meeste

[3] Het is denkbaar dat er sporadisch een patiënt nog dezelfde dag terecht kan voor een intake. De mate waarin dit voorkomt in data (30% van alle records) suggereert echter dat hier een registratie-artefact aan ten grondslag ligt.

[4] Het is in de praktijk mogelijk dat de eerste behandelingsactiviteit plaatsvindt voor de intake, echter voor de berekening van de wachttijden is het niet logisch om negatieve wachttijden te hebben.

factoren de verdeling van de selectie vergelijkbaar is met die van de dataset zonder deze selectie. Met uitzondering van type aanbieder: Voor de gebudgetteerde aanbieders zijn 27% van de DBC's niet bruikbaar, en voor de niet-gebudgetteerde aanbieders zijn 50% van de DBC's niet bruikbaar. Dit zorgt ervoor dat de gebudgetteerde aanbieders oververtegenwoordigd zijn in de dataset.

- DBC's waarbij zowel een intake als een behandelactiviteit zijn geregistreerd (467.771 records in selectie). Dit wordt als volgt gemotiveerd:

  De DBC's vallen in drie verschillende groepen uiteen: DBC's met zowel intake als behandelactiviteit (de grootste groep), alleen intake, of alleen behandel-activiteit. In tabel 2.1 staan de gemiddelde wachttijden uitgesplitst naar deze drie groepen.

Tabel 2.1 Beschrijvende statistieken voor de wachttijden voor de selectie met en zonder intake en behandeling

Type wachttijd	Wel of geen intake of behandeling	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	Groep met intake en behandeling	4,2	1,0	2,1	4,7	467771
Aanmeldwachttijd	Groep met intake, zonder behandeling	4,9	1,1	2,7	5,6	149769
Behandelingswachttijd	Groep met intake en behandeling	7,0	2,3	4,9	9	467771
?-wachttijd	Groep zonder intake, met behandeling	6,7	1,0	2,9	6,9	115240
Totale wachttijd	Groep met intake en behandeling	11,2	4,9	8,1	13,9	467771

Tussen de gemiddelde aanmeldwachttijd voor patiënten die alleen intake hebben gehad, en die van patiënten met zowel intake als behandeling is het verschil klein (4 dagen). De gemiddelde totale wachttijd voor patiënten die een intakegesprek hebben gehad is 11,2 weken, terwijl de wachttijd voor patiënten met behandeling zónder een intakegesprek met 6,7 weken ongeveer 4 weken korter is. Wellicht dat voor deze groep patiënten de diagnosestelling reeds heeft plaatsgevonden (in de 1e lijn, bij een andere aanbieder, of bij dezelfde aanbieder maar langer dan een jaar geleden).

Om vertekening van wachttijden uit te sluiten door DBC's waarbij de diagnostiek mogelijk al heeft plaats gevonden is geselecteerd op DBC's met zowel intake als behandel-activiteit. In het vervolg van het rapport zullen we dus de aanmeldwachttijd, de behandelingswachttijd en de totale wachttijd berekenen met deze 467.771 geselecteerde records.

3. Resultaten

3.1 Wachttijden algemeen

Zoals in de methode is aangegeven onderscheiden we drie wachttijden: de aanmeldwachttijd, de behandelingswachttijd en de totale wachttijd. In tabel 3.1 staan een paar beschrijvende statistieken van deze wachttijden op totaal niveau.

Tabel 3.1 Beschrijvende statistieken voor de wachttijden (weken)

Type wachttijd	Gemiddelde (aantal weken)	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	4,2	1,0	2,1	4,7	467771
Behandelingswachttijd	7,0	2,3	4,9	9,0	467771
Totale wachttijd	11,2	4,9	8,1	13,9	467771

3.2 Wachttijden per diagnosegroep

De diagnosegroepen zijn gedefinieerd zoals beschreven in de Marktscan ggz 2013. Omdat bij de ene diagnosegroep mogelijk meer vraag is naar zorg in relatie tot de beschikbare behandelcapaciteit dan bij de andere, zijn er mogelijk verschillen tussen de wachttijden tussen de diagnosegroepen aanwezig. Ook kan het zijn dat wachttijd bij een specifieke diagnosegroep korter is omdat er vaker sprake is van urgentie, bijvoorbeeld omdat de kans op suïcide risico hoger is of omdat de mate van disfunctioneren groter is.
In tabel 3.2 staan de resultaten van de aanmeldwachttijd per diagnosegroep. In bijlage 2 tabel B.2.1 staan ook de resultaten van de behandelwachttijd per diagnosegroep.

Tabel 3.2 Beschrijvende statistieken van de aanmeldwachttijd (weken) per diagnosegroep (2010-2012)[5]

Diagnosegroep	Gemiddelde (aantal weken)	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aan middel gebonden stoornissen	3,4	0,9	1,9	3,9	33060
Somatoforme stoornissen	3,5	1,0	1,9	3,9	21841
Cognitieve Stoornissen	3,7	1,3	2,4	4,4	25717
Angststoornissen	3,8	1,0	2,1	4,4	54458
Aanpassingsstoornissen	3,8	1,0	2,1	4,1	43079
Depressieve stoornissen	3,8	1,0	2,0	4,3	102361
Eetstoornissen	4,0	1,1	2,0	4,9	8688
Restgroep diagnose	4,2	1,0	2,4	4,9	16996
Geen of ontbrekende primaire diagnose	4,3	1,0	2,3	4,4	3030
Andere problemen reden voor zorg	4,3	1,0	2,1	4,6	49286
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,5	1,0	2,4	5,0	6798
Bipolaire stoornissen	4,7	1,0	2,6	5,1	3569
Posttraumatische stress-stoornis	4,8	1,0	2,7	5,6	24716
Persoonlijkheidsstoornissen	4,9	1,0	2,7	5,6	36574
ADHD	4,9	0,9	2,1	5,4	25951
Gedrag	5,3	1,9	3,9	6,3	1176

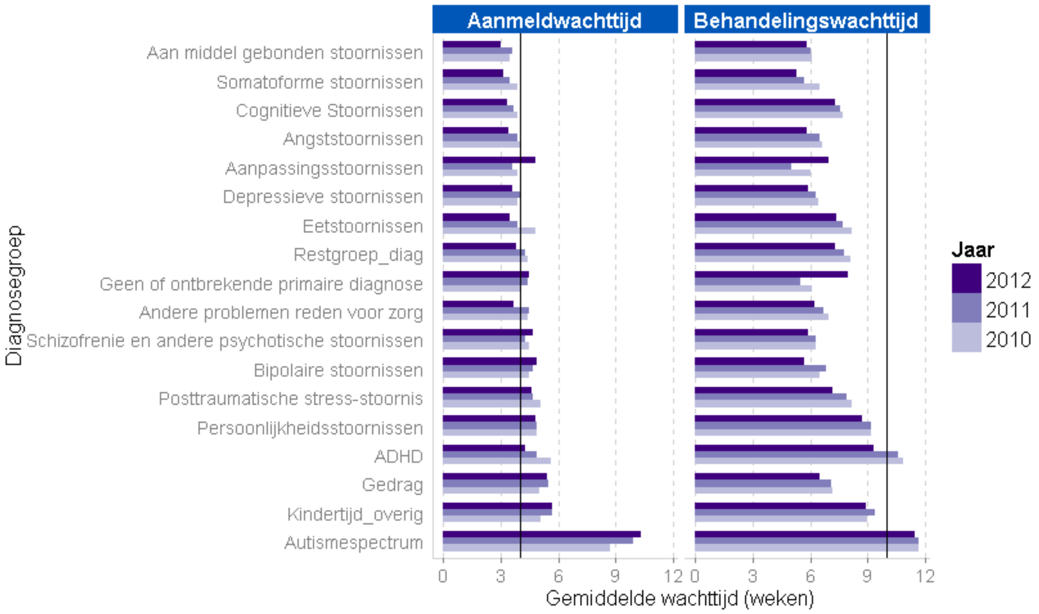
[5] De Treeknorm voor de aanmeldingswachttijd is vier weken.

Kindertijd overig	5,6	1,6	3,7	7,1	1035
Autismespectrum	9,7	2,0	4,9	10,3	9436

Uit de resultaten volgt dat er verschillen zijn tussen de wachttijden van de diagnosegroepen. Patiënten met de diagnosegroep 'autismespectrum' hebben een gemiddelde aanmeldwachttijd van 9,7 weken, terwijl patiënten met de diagnosegroep 'Aan middel gebonden stoornissen' een gemiddelde aanmeldwachttijd hebben van 3,4 weken. De gemiddelde aanmeldwachttijd verschilt dus 6 weken tussen de diagnosegroepen. Ook binnen de diagnosegroepen zien we dat de spreiding van de wachttijden vrij groot is.

In figuur 3.1 staan de aanmeldwachttijd en de behandelingswachttijd per diagnosegroep en per jaar. Over het algemeen is er een dalende gemiddelde wachttijd over de jaren.

Figuur 3.1 Gemiddelde wachttijden per diagnosegroep (weken)



Zoals beschreven in het hoofdstuk data-selectie, worden alle analyses gedaan op DBC's waar er zowel een intake als een behandelingsactiviteit heeft plaatsgevonden. In bijlage 2 tabel B.2.2 staan ook de resultaten van de aanmeldwachttijd voor de selectie DBC's waar er ongeacht of er een behandeling volgt, een intake-activiteit heeft plaatsgevonden. De resultaten laten zien dat er geen grote verschillen zijn tussen deze twee groepen.

3.3 Wachttijden voor persoonlijkheidsstoornissen

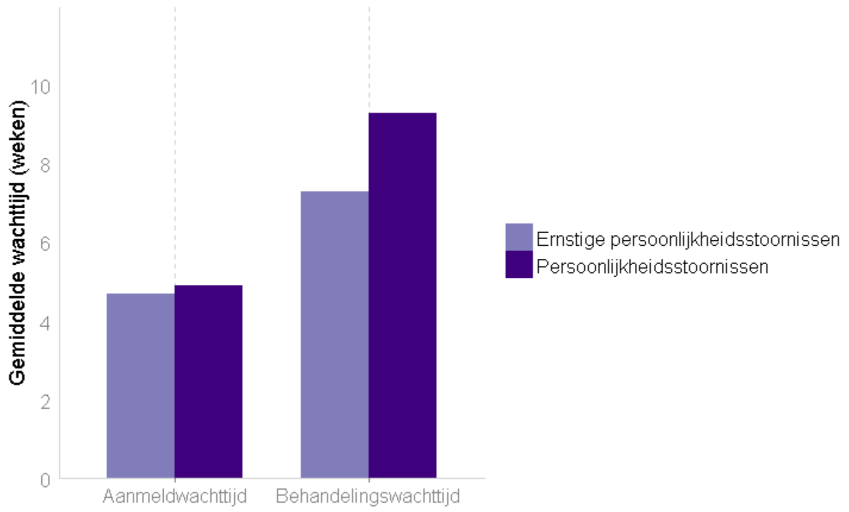
Voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen zijn er signalen ontvangen dat de wachttijd erg lang kan zijn. We hebben dit getracht te verifiëren in de data. Een patiënt met een ernstige persoonlijkheidsstoornis is hier gedefinieerd als een patiënt met een diagnose die valt onder de persoonlijkheidsstoornissen en waarvoor meer dan 3000 minuten aan totale tijd (direct en indirecte tijd) is gedeclareerd binnen het DBC-traject. De aanname is (dus) dat patiënten met langere behandeltijd een zwaardere aandoening hebben. In tabel 3.3 is het verschil in wachttijd tussen de ernstige en niet-ernstige persoonlijkheidsstoornissen weergegeven:

Tabel 3.3 Beschrijvende statistieken voor de aanmeldwachttijd en de behandelingswachttijd voor persoonlijkheidsstoornissen

	Type wachttijd	Gemiddelde (aantal weken)	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Ernstige persoonlijkheidsstoornissen	Aanmeldwachttijd	4,7	1,1	2,9	5,3	5772
Persoonlijkheidsstoornissen	Aanmeldwachttijd	4,9	1,0	2,7	5,7	30802
Ernstige persoonlijkheidsstoornissen	Behandelingswachttijd	7,3	2,6	5,1	9,9	5772
Persoonlijkheidsstoornissen	Behandelingswachttijd	9,3	3,0	6,6	12,7	30802

De gemiddelde aanmeldwachttijd van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen is 1 dag (0,2 week) korter dan voor patiënten met niet-ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De gemiddelde behandelingswachttijd is 2 weken korter dan voor patiënten met niet-ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De aanmeldwachttijd is dus vrijwel gelijk bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Wel is het zo dat een groot aandeel van de patiënten met persoonlijkheidsstoornissen langer dan de Treeknorm moest wachten op een intakegesprek.

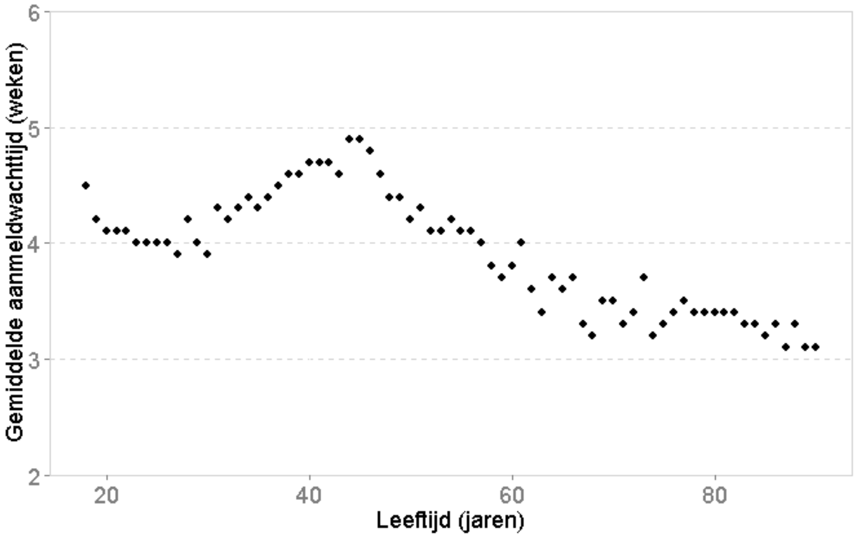
Figuur 3.2 Gemiddelde wachttijd voor persoonlijkheidsstoornissen



3.4 Wachttijden per leeftijd

In figuur 3.3 is de gemiddelde aanmeldwachttijd per leeftijd weergegeven. De gemiddelde aanmeldwachttijd neemt toe tot de leeftijd 45 jaar en daarna daalt het naarmate de leeftijd hoger is.

Figuur 3.3 Gemiddelde aanmeldwachttijd per leeftijd



In tabel 3.4 staan de gemiddelde wachttijden voor de leeftijdsgroepen 18-25 jaar, 26-50 jaar en 51-100 jaar. De gemiddelde wachttijd is korter voor ouderen. Het verschil tussen de gemiddelde aanmeldwachttijd van de leeftijdsgroep 26-50 jaar en 51-100 jaar is gemiddeld 5 dagen.

Tabel 3.4 Beschrijvende statistieken van de wachttijden per leeftijdsklasse

Type wachttijd	leeftijdsklasse	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	18-25	4,1	1,0	2,4	5,0	84956
Aanmeldwachttijd	26-50	4,4	1,0	2,1	4,9	254819
Aanmeldwachttijd	51-100	3,7	1,0	2,1	4,1	127976
Behandelingswachttijd	18-25	7,7	2,7	5,3	10,1	84956
Behandelingswachttijd	26-50	7,0	2,3	4,9	9,1	254819
Behandelingswachttijd	51-100	6,5	2,1	4,4	8,3	127976

3.5 Wachttijden per geslacht

In tabel 3.5 staan de gemiddelde wachttijden voor vrouwen en mannen. Er is bijna geen verschil in gemiddelde aanmeldwachttijd tussen mannen en vrouwen.

Tabel 3.5 Beschrijvende statistieken van de wachttijden per geslachts-type

Type wachttijd	Geslacht	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	Man	4,2	1,0	2,1	4,7	200828
Aanmeldwachttijd	Vrouw	4,1	1,0	2,1	4,6	266939
Behandelingswachttijd	Man	7,1	2,3	5,0	9,1	200828
Behandelingswachttijd	Vrouw	6,9	2,1	4,9	9,0	266939

3.6 Wachttijden voor type aanbieder

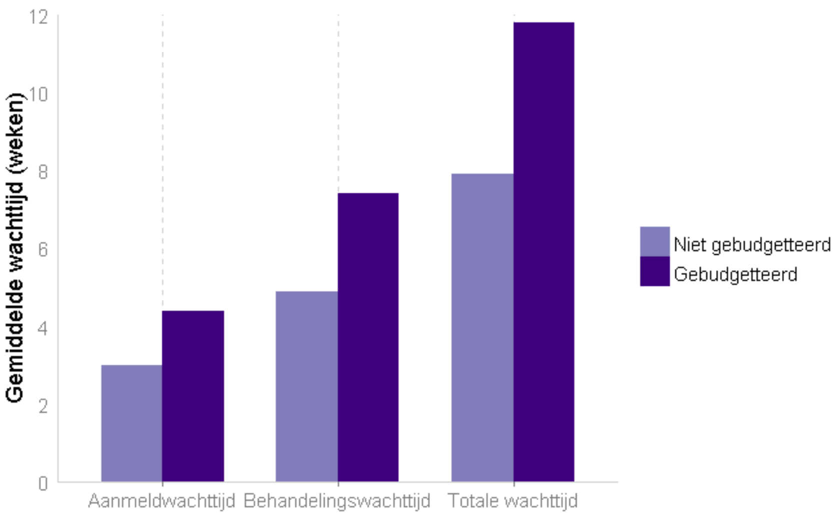
In de curatieve ggz werd bij de bekostiging tot en met 2012 onderscheid gemaakt tussen gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders. Gebudgetteerde zorgaanbieders werden tot 2013 bekostigd via de budgetsystematiek. Niet-gebudgetteerde zorgaanbieders zijn vrijgevestigde behandelaren en zorgaanbieders die na 2008 zijn gestart met tweedelijnszorg. Aanbieders in deze groep kunnen dus zowel solo- , groepspraktijk of instelling zijn. Deze groep werd al sinds 2008 bekostigd via de DBC-systematiek. In tabel 3.6 staan de resultaten per type aanbieder.

Tabel 3.6 Beschrijvende statistieken van de wachttijd (weken) per type aanbieder

Type wachttijd	Type aanbieder	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	Niet gebudgetteerd	3,0	0,9	1,6	3,4	73168
Aanmeldwachttijd	Gebudgetteerd	4,4	1,0	2,4	4,9	394603
Behandelingswachttijd	Niet gebudgetteerd	4,9	2,0	3,6	6,0	73168
Behandelingswachttijd	Gebudgetteerd	7,4	2,4	5,0	9,9	394603
Totale wachttijd	Niet gebudgetteerd	7,9	3,6	6,0	9,9	73168
Totale wachttijd	Gebudgetteerd	11,8	5,0	8,9	14,7	394603

In figuur 3.4 staan de gemiddelde wachttijden per type aanbieder. Zowel de aanmeld- als de behandelwachttijd zijn langer voor gebudgetteerde aanbieders. Bij gebudgetteerde aanbieders is de gemiddelde aanmeldwachttijd en de gemiddelde behandelingswachttijd respectievelijk circa 1,5 weken en 2,5 weken langer.

Figuur 3.4 Gemiddelde wachttijden per type aanbieder



Een mogelijke verklaring voor het verschil in wachttijden tussen de gebudgetteerde en niet gebudgetteerde aanbieders is dat er gebudgetteerde aanbieders meer patiënten behandelen in diagnosegroepen met een gemiddeld relatief hoge wachttijd. Echter, als we de gemiddelde aanmeldwachttijd per type aanbieder corrigeren voor de mix van diagnosegroepen (met behulp van regressieanalyse met zowel type aanbieder als diagnosegroep-dummies) dan is het verschil in wachttijd nog steeds aanwezig.

Zoals beschreven in paragraaf 3.2 is 27% van de DBC's voor de gebudgetteerde aanbieders niet bruikbaar, en voor de niet-gebudgetteerde aanbieders 50% van de DBC's. Omdat er sprake kan zijn

van selectieve uitval, dus dat voor patiënten met juist lange of korte wachttijden eerder de cijfers verkeerd of niet ingevuld zijn, kunnen we geen harde conclusies trekken met betrekking tot het verschil in wachttijden tussen de gebudgetteerde aanbieders en de niet niet-gebudgetteerde aanbieders.

3.7 Wachttijden per zorgvraagzwaarte-subscore

Er zijn 4 zorgvraagzwaarte-subscores:
- Aard van primaire diagnose (score 1, 2, 3). Deze subscore geeft de ernst van de stoornis aan, waarbij de minst ernstige diagnoses score 1 hebben en de ernstigste score 3.
- Af- of aanwezigheid van nevendiagnose (score 0, 1)
- Af- of aanwezigheid van psychosociale factoren (score 0,1)
- Gaf-score (score 0, 1, 2). Gaf-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. Score 0 wordt toegekend indien de GAF score groter is dan 60, score 1 bij een GAF score vanaf 41 tot en met 60, en score 2 bij een GAF score van 40 of lager.

Bij hogere waardes voor de zorgvraagzwaarte-subscores zou je een hogere wachttijd kunnen verwachten als behandelcapaciteit voor patiënten met een hoge zorgvraagzwaarte relatief schaars is. Aan de andere kant: omdat bij hogere ZVZ-waardes de urgentie mogelijk hoger is, en hier door aanbieders mogelijk in wordt geselecteerd, kan je ook kortere wachttijden verwachten.

3.7.1 Ernst van de stoornis

De gemiddelde aanmeldwachttijd neemt toe met de ernst van de stoornis (tabel 3.7). Patiënten met de meest ernstige stoornissen (score 3) moeten gemiddeld 0,9 week langer wachten dan patiënten met de minst ernstige stoornissen (score 1). Bij de behandelingswachttijd neemt de gemiddelde wachttijd toe en vervolgens af.

Tabel 3.7 Gemiddelde wachttijden gegeven de ernst van de diagnose

Type wachttijd	Ernst	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	1	4,0	1,0	2,1	4,3	121440
Aanmeldwachttijd	2	4,1	1,0	2,1	4,7	290971
Aanmeldwachttijd	3	4,9	1,0	2,4	5,3	31950
Behandelingswachttijd	1	6,3	2,1	4,3	8,0	121440
Behandelingswachttijd	2	7,2	2,4	5,0	9,4	290971
Behandelingswachttijd	3	6,8	2,0	4,1	8,7	31950

3.7.2 Af- of aanwezigheid van nevendiagnose

Voor patiënten met nevendiagnoses is de gemiddelde aanmeldwachttijd iets langer (3 dagen) dan voor patiënten zonder nevendiagnose. Ook de behandelingswachttijd is iets langer.

Tabel 3.8 Gemiddelde wachttijden (weken) voor patiënten met en zonder nevendiagnose

Type wachttijd	Nevendiagnose	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	Geen nevendiagnose	4,0	1,0	2,1	4,4	242320
Aanmeldwachttijd	Wel nevendiagnose	4,4	1,0	2,3	5,0	225451
Behandelingswachttijd	Geen nevendiagnose	6,7	2,1	4,4	8,7	242320
Behandelingswachttijd	Wel nevendiagnose	7,3	2,6	5,0	9,7	225451

3.7.3 Af- of aanwezigheid van psychosociale factoren

Voor patiënten met psychosociale factoren is de gemiddelde aanmeldwachttijd en behandelingswachttijd iets langer, maar het verschil is minimaal.

Tabel 3.9 Gemiddelde wachttijden (weken) voor patiënten met en zonder psychosociale factoren

Type wachttijd	Psychosociale factoren	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	Geen psychosociale factoren	3,8	1,0	2,0	4,3	70148
Aanmeldwachttijd	Wel psychosociale factoren	4,2	1,0	2,1	4,7	395789
Behandelingswachttijd	Geen Psychosociale factoren	6,4	2,0	4,1	8,3	70148
Behandelingswachttijd	Wel psychosociale factoren	7,1	2,3	5,0	9,1	395789

3.7.4 GAF-score

In tabel 3.10 staan de resultaten per GAF-score. Er is weinig verschil tussen de gemiddelde aanmeldwachttijd per GAF-score. Bij de behandelingswachttijd neemt de gemiddelde wachttijd toe en vervolgens af.

Tabel 3.10 Gemiddelde wachttijden per GAF-score

Type wachttijd	GAF-score	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	0	4,0	1,0	2,1	4,4	100101
Aanmeldwachttijd	1	4,2	1,0	2,1	4,7	340186
Aanmeldwachttijd	2	4,1	1,1	2,6	4,9	24083
Behandelingswachttijd	0	6,4	2,0	4,1	8,1	100101
Behandelingswachttijd	1	7,2	2,4	5,0	9,4	340186
Behandelingswachttijd	2	6,3	2,0	4,3	8,0	24083

3.8 Wachttijden per type behandeling

In deze analyse onderscheiden we 4 types behandeling: individuele behandelingen, groepsbehandelingen, systeembehandelingen en farmacotherapie. Onder systeembehandelingen vallen alle behandelingen waar ook gezin of partner bij betrokken zijn. Farmacotherapie zijn behandelingen met geneesmiddelen.

Belangrijk!
Welke type behandeling een DBC bevat, is bepaald aan de hand van de geregistreerde activiteiten in de hele DBC-traject. De vier type behandelingen kunnen in verschillende combinaties voorkomen in een DBC. Zo kan het zijn dat een DBC alle vier de behandeltypes bevat, of maar één type. Omdat we DBC´s met behandelwachttijd kiezen is er

tenminste altijd één type behandeling aanwezig in een DBC. We hebben multivariaat gecontroleerd of er sterke correlaties zijn tussen behandeltypen. Hieronder zal worden aangeven of en hoe dit de gepresenteerde bivariate resultaten beïnvloed.
In tabel 3.11 staan de gemiddelde wachttijden voor de verschillende types behandeling.

Tabel 3.11 Beschrijvende statistieken van de wachttijden per type behandeling

Type behandeling	Aanmeldwachttijd	Behandelingswachttijd	Aantal
Individuele behandeling			
Geen	5,2	8,7	28773
Wel	4,1	6,9	438998
Groeps-behandeling			
Geen	4,1	6,9	385958
Wel	4,6	7,4	81813
Systeem-behandeling			
Geen	4,0	7,0	411963
Wel	5,3	6,6	55808
Farmacotherapie			
Geen	4,0	7,0	340811
Wel	4,5	7,0	126960

Zowel de gemiddelde aanmeldwachttijd en behandelingswachttijd zijn korter bij patiënten met individuele behandeling dan bij patiënten zonder individuele behandeling. Wanneer we controleren voor de aanwezigheid van groeps-, systeem- of farmacotherapie veranderd het verband bijna niet, het verschil neemt namelijk af van 8 dagen naar 5 dagen.

Voor de volgende drie behandeltypen zijn de effecten robuust wanneer gecontroleerd wordt voor de overige behandeltypen. De conclusies volgen dus direct uit tabel 3.11. De focus ligt op de aanmeldwachttijd:

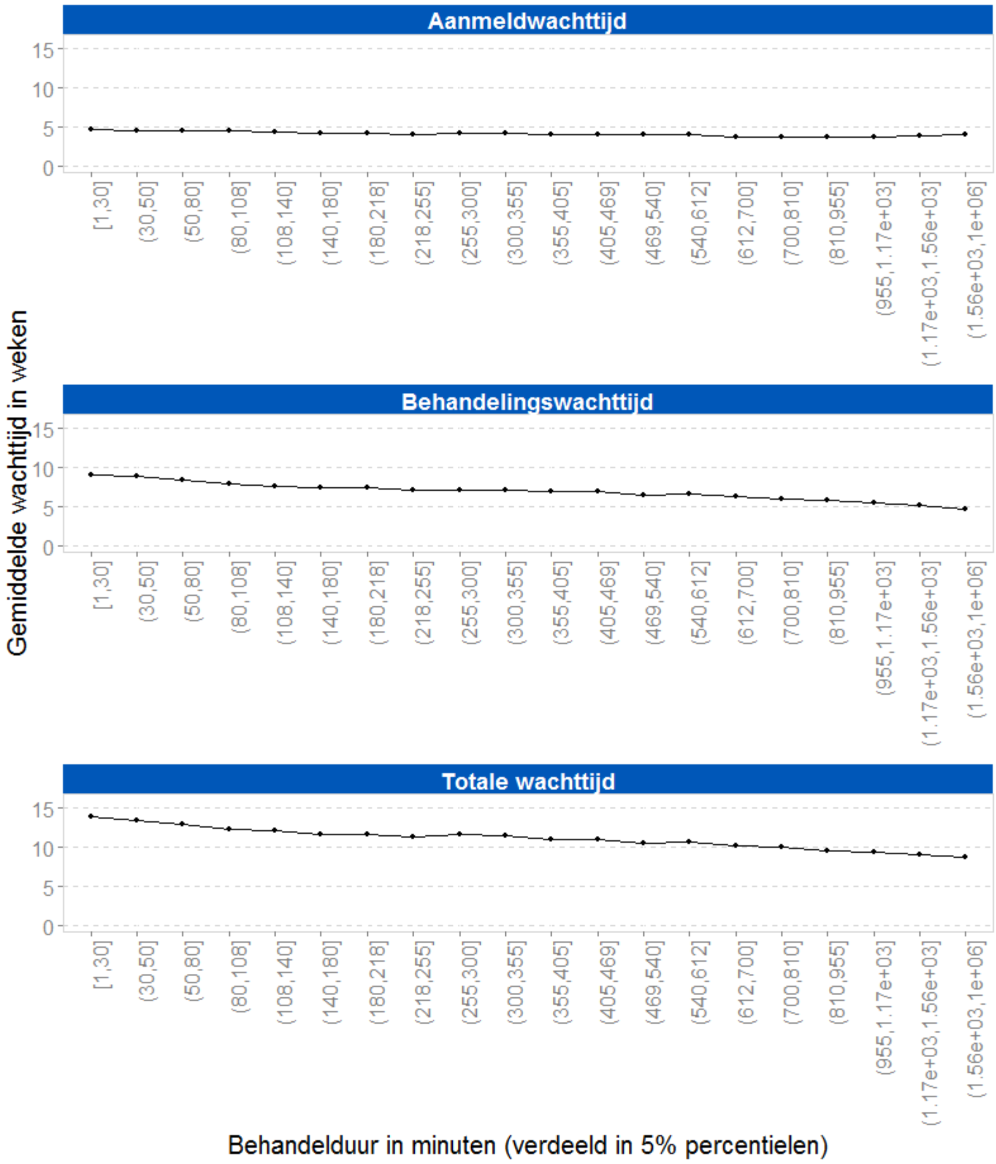
- De aanmeldwachttijd voor DBC's met groepsbehandeling is circa 4 dagen langer dan DBC's waarbij dit niet voorkomt. De hogere aanmeldwachttijd voor groepsbehandeling kan komen doordat bijvoorbeeld patiënten moeten wachten totdat er weer een nieuwe groep start, of een plek in een groep vrijkomt.
- De aanmeldwachttijd voor DBC's met systeembehandeling is 1,3 weken langer dan DBC's waarbij dit niet voorkomt. De hogere aanmeldwachttijd bij systeem-behandeling kan komen doordat bij de afspraak meerdere personen aanwezig moeten zijn.
- De aanmeldwachttijd voor DBC's met farmacotherapie is 0,5 week langer dan DBC's waarbij dit niet voorkomt. Als de behandeling in combinatie is met farmacotherapie zou de gemiddelde wachttijden langer kunnen zijn omdat het meer specialistische zorg is.

In deze analyse is gekeken of de wachttijd bepaald wordt door de type behandeling, waarbij de type behandeling in het gehele DBC-traject heeft kunnen plaatsvinden. Echter, kan het ook zijn dat in bepaalde gevallen, bijvoorbeeld als vooraf niet bekend is welke type behandeling de patiënt zal krijgen, dat de wachttijd alleen afhankelijk is van de type behandeling van de eerste behandeling.

3.9 Wachttijden per behandelduur

Behandelduur is gedefinieerd als het totaal aantal minuten aan behandeling (directe tijd bij activiteit-codes die met 3 beginnen) geschreven tijd in de initiële DBC. In figuur 3.5 staan de gemiddelde wachttijden van de DBC's per behandelduur-categorie (20 groepen). Deze behandelduur-categorieën zijn gemaakt op basis van de 5% percentielen van de behandelduur. De figuur laat zien dat de aanmeldwachttijd niet afhankelijk is van de behandelduur. De resultaten van de behandelingswachttijd en de totale wachttijd laten duidelijk kortere wachttijden zien voor DBC's met langere behandelduur. De kortste behandelduur-categorie bevat alle DBC's met een behandelduur korter dan 30 minuten en de langste behandelduur-categorie bevat alle DBC's die meer dan 1570 minuten aan behandeling bevatten, dus ongeveer 35 consulten als we ervan uitgaan dat een consult 3 kwartier directe tijd heeft.

Figuur 3.5 Gemiddelde wachttijden per behandelduur. De behandelduur is in 20 groepen ingedeeld, dit zijn de 5% percentiele

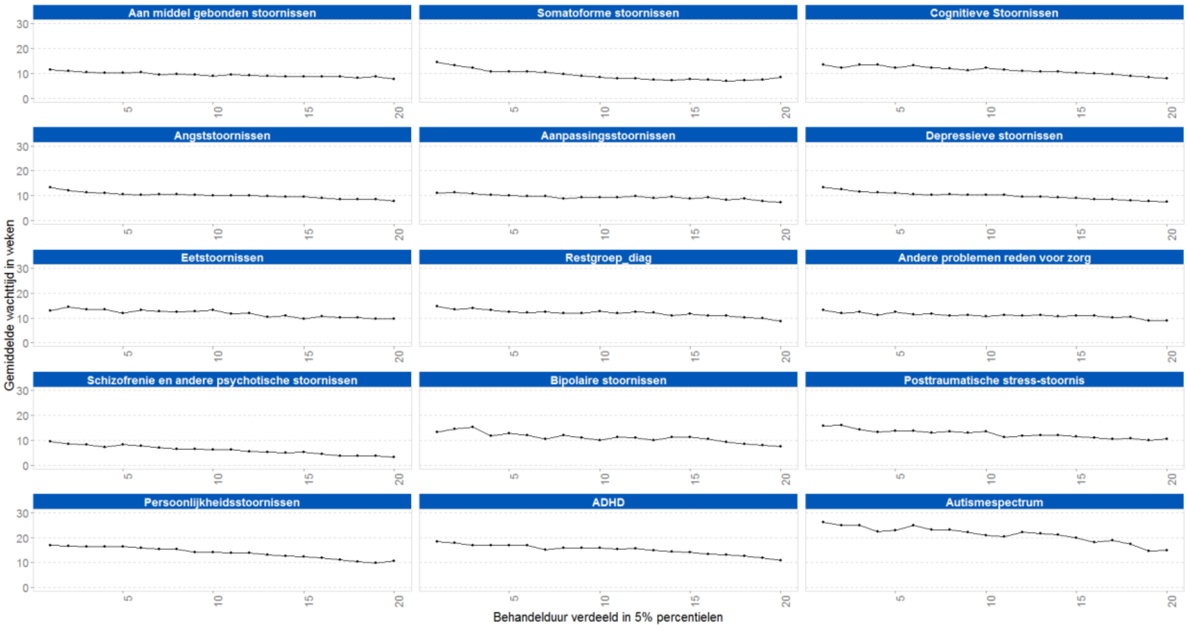


Met de factoren beschikbaar voor deze analyse kunnen we niet verklaren waarom de wachttijden korter zijn voor patiënten met langere

behandelduur. Het is mogelijk dat patiënten met een langere behandelduur de ernstigere gevallen zijn waarvoor de urgentie gemiddeld hoger is, en dat er daarom sneller met de behandeling wordt gestart. Het is ook mogelijk dat patiënten met een langere behandelduur gemiddeld minder diagnostiek nodig hebben, waardoor de behandelwachttijd korter uitvalt. Bijvoorbeeld omdat patiënten al eerder in behandeling zijn geweest, of omdat de symptomen zich duidelijker presenteren, etc.

In figuur 3.6 staan de gemiddelde totale wachttijden versus behandelduur per diagnosegroep. Ook in deze figuren zien we een dalende trend van de gemiddelde wachttijd. De relatie is dus binnen elke diagnosegroep zichtbaar.

Figuur 3.6 Gemiddelde wachttijden per behandelduur, per diagnosegroep. De behandelduur is in 20 groepen ingedeeld, dit zijn de 5% percentielen.



3.10 Wachttijden per verstedelijking-categorie

De verstedelijking-categorie geeft de bevolkingsconcentratie (adressendichtheid) aan. We maken gebruik van de 5 categorieën die het CBS onderscheid, namelijk: 1) zeer sterk stedelijk, 2) sterk stedelijk, 3) matig stedelijk, 4) weinig stedelijk en 5) niet stedelijk. Hiervoor is gebruik gemaakt van een koppel-tabel voor de mate van stedelijkheid per viercijferige postcode.

In Tabel 3.12 staan de resultaten per verstedelijking-categorie:

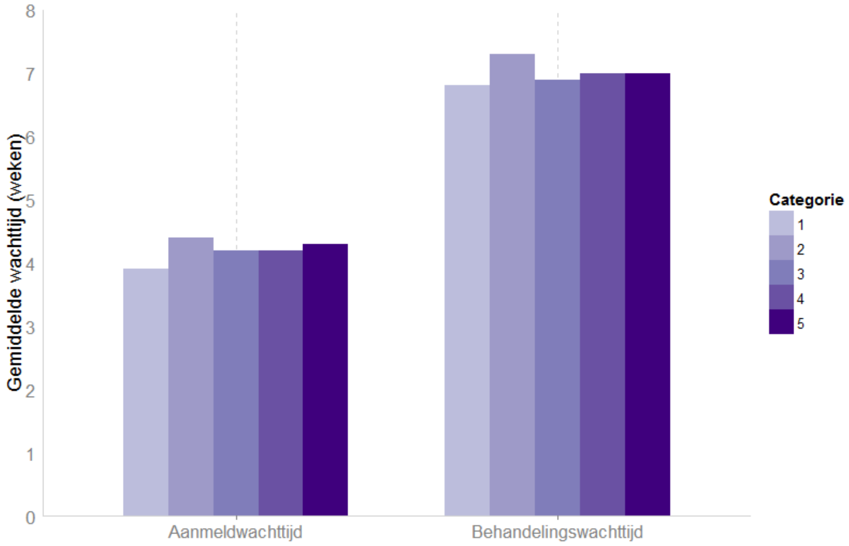
Tabel 3.12 Beschrijvende statistieken van de wachttijd (weken) per verstedelijking-categorie

Type wachttijd	Verstedelijking-categorie	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	1	3,9	0,9	2,0	4,1	132160
Aanmeldwachttijd	2	4,4	1,0	2,3	4,9	135647
Aanmeldwachttijd	3	4,2	1,0	2,3	4,7	84916
Aanmeldwachttijd	4	4,2	1,0	2,3	4,9	73412
Aanmeldwachttijd	5	4,3	1,0	2,3	4,7	34734

Behandelingswachttijd	1	6,8	2,1	4,7	9,0	132160
Behandelingswachttijd	2	7,3	2,4	5,0	9,6	135647
Behandelingswachttijd	3	6,9	2,1	4,9	9,0	84916
Behandelingswachttijd	4	7,0	2,3	4,9	9,0	73412
Behandelingswachttijd	5	7,0	2,3	5,0	9,1	34734

Het verschil tussen de gemiddelde wachttijd van de verstedelijking-categorie met de hoogste gemiddelde wachttijd en die met de laagste gemiddelde wachttijd is 4 dagen voor de aanmeldwachttijd en ook 4 dagen voor de behandelingswachttijd. Al is het verschil tussen de gemiddelde wachttijden niet groot, is er wel een trend waar te nemen. Dit is goed te zien in figuur 3.7 waar de gemiddelde wachttijd per verstedelijking-categorie wordt geïllustreerd.

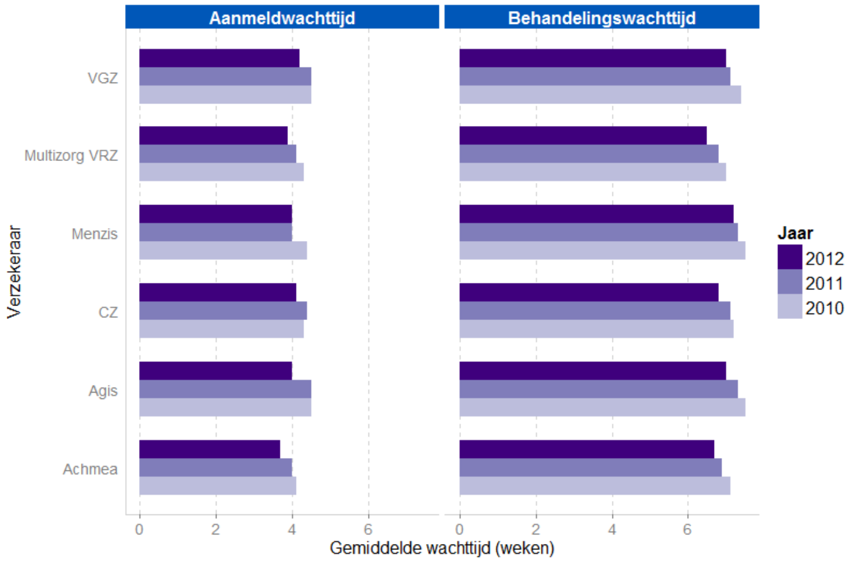
Figuur 3.7 Gemiddelde wachttijden per verstedelijking-categorie



3.11 Wachttijden per verzekeraar

Het is belangrijk om te weten of er grote verschillen zijn tussen de wachttijden van de verschillende zorgverzekeraars, voor met name de beoordeling van de toegankelijkheid van de zorg en de zorgplicht van zorgverzekeraars. In figuur 3.8 staan de gemiddelde wachttijden per zorgverzekeraar/zorginkoopcombinatie per jaar.

Figuur 3.8 Gemiddelde wachttijden per verzekeraar / inkoopcombinatie



In Tabel 3.13 staan de resultaten per zorgverzekeraar. Het verschil tussen de gemiddelde wachttijd van de zorgverzekeraar met de hoogste gemiddelde wachttijd en die met de laagste gemiddelde wachttijd is 3 dagen voor de aanmeldwachttijd en 4 dagen voor de behandelingswachttijd. Hierbij is geen correctie voor verschillen in verzekerdenpopulaties gehanteerd. Het is mogelijk dat wanneer hiermee rekening gehouden wordt verschillen toe- of afnemen.

Tabel 3.13 Beschrijvende statistieken van de wachttijden per verzekeraar

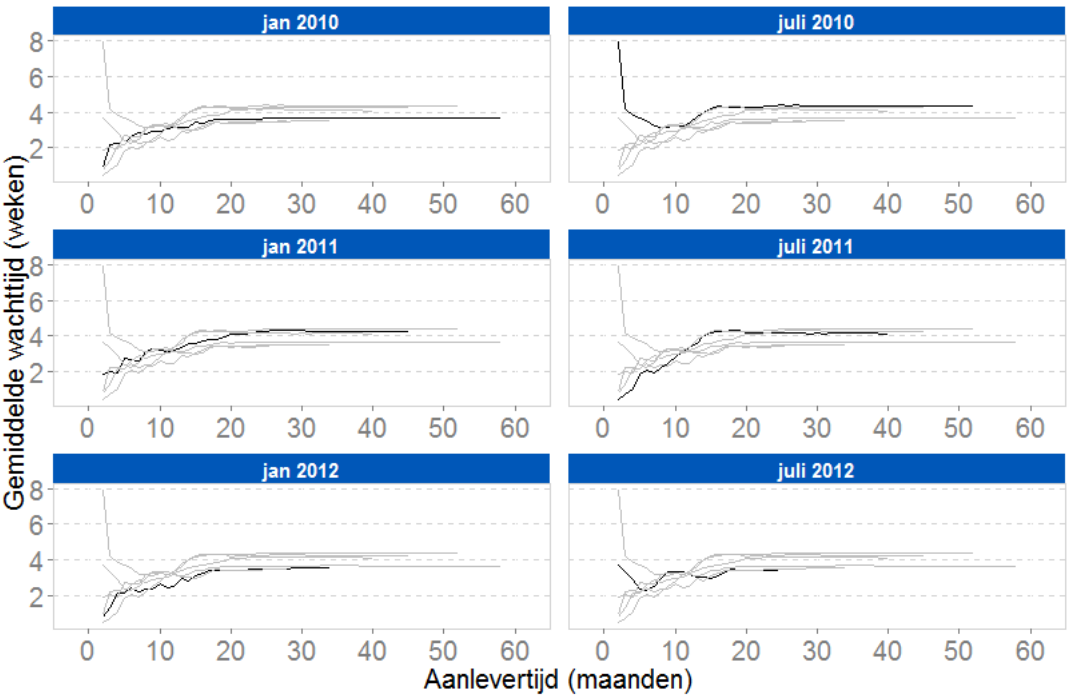
Type wachttijd	Verzekeraar	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aanmeldwachttijd	Achmea	4,0	1,0	2,1	4,4	107808
Aanmeldwachttijd	Agis	4,4	1,1	2,6	5,0	46377
Aanmeldwachttijd	CZ	4,3	1,0	2,1	4,6	86420
Aanmeldwachttijd	Menzis	4,1	1,0	2,3	4,9	60556
Aanmeldwachttijd	Multizorg VRZ	4,1	1,0	2,0	4,4	40933
Aanmeldwachttijd	VGZ	4,4	1,0	2,3	5,0	104854
Behandelingswachttijd	Achmea	6,9	2,1	4,9	9,0	107808
Behandelingswachttijd	Agis	7,3	2,6	5,0	9,6	46377
Behandelingswachttijd	CZ	7,1	2,3	4,9	9,1	86420
Behandelingswachttijd	Menzis	7,4	2,4	5,0	9,7	60556
Behandelingswachttijd	Multizorg VRZ	6,8	2,1	4,7	9,0	40933
Behandelingswachttijd	VGZ	7,2	2,3	5,0	9,3	104854

4. Hoe actueel zijn de wachttijden?

Het is belangrijk om wachttijden te hebben die zo actueel mogelijk zijn, zodat beleidsmakers en andere stakeholders tijdig op veranderingen kunnen reageren. De wachttijden worden berekend met aan DIS (DBC-informatiesysteem) aangeleverde DBC's. DBC's mogen maximaal 1 jaar open staan. Vanwege de lange doorlooptijd van DBC's vult de DIS-database zich geleidelijk met aangeleverde DBC's.

Figuur 4.1 illustreert hoe de gemiddelde wachttijden voor de DBC's geopend in de maanden januari en juli in 2010 t/m 2012 zich ontwikkelen in de tijd. Op de x-as is de 'aanlevertijd' weergegeven. De aanlevertijd is gedefinieerd als de tijd tussen het openen van een DBC en het ontvangen van de DBC bij DBC-onderhoud. Alle figuren bevatten dezelfde lijnen, maar in elke figuur is telkens een andere 'meetmaand' uitgelicht in zwart.

Figuur 4.1 Gemiddelde wachttijden per aanlevertijd van DBC's geopend in 6 verschillende maanden



Voor de DBC's geopend in de verschillende maanden zien we een consistent patroon:

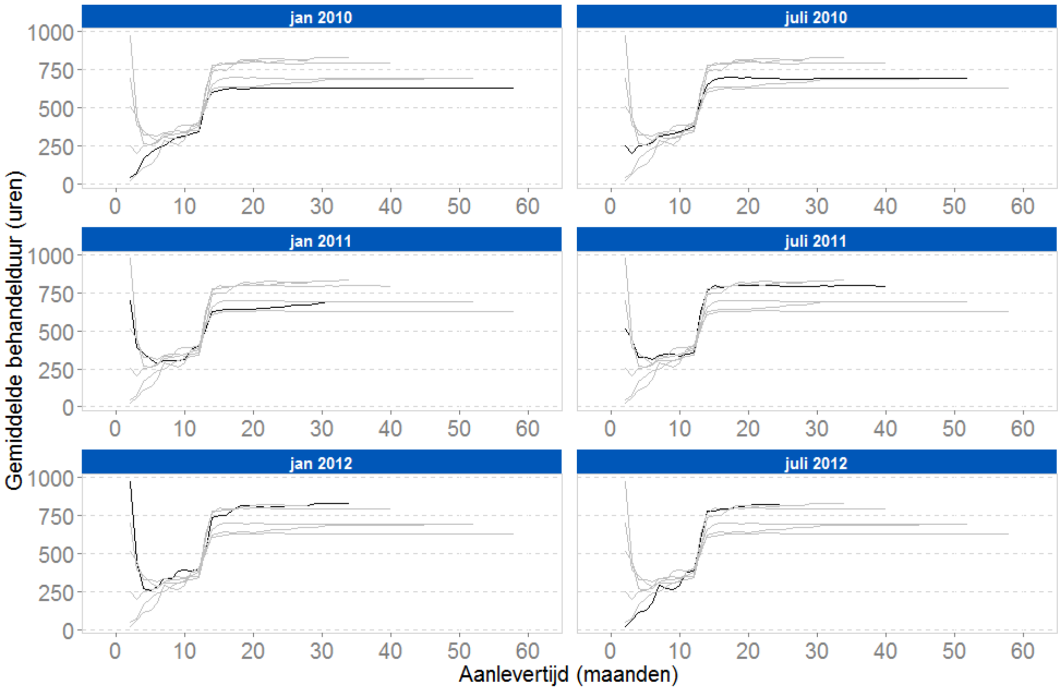
- In de eerste maanden direct na het openen van de DBC's zijn er nog vrij weinig DBC's aangeleverd waardoor de gemiddelde wachttijd onstabiel is.
- Na een paar maanden stabiliseert de wachttijd, maar stijgt nog wel geleidelijk. Dit is voor alle meetmaanden het geval. Dit geeft aan dat DBC's met een korte aanlevertijd gemiddeld kortere wachttijden hebben.
- Na ongeveer 20 maanden (~1.5 jaar) lijkt de gemiddelde wachttijd niet meer te veranderen.

Hieruit valt af te leiden dat DBC's met een kortere wachttijd eerder worden aangeleverd. We weten niet waarom dit zo is. Door een goede patiënten logistiek, een goede planning, kan het zijn dat bepaalde

aanbieders kortere wachttijden hebben. Mogelijk hebben aanbieders met een goede patiënten logistiek ook een efficiënt declaratieproces.

Omdat DBC's met een lange behandelduur kortere wachttijden hebben (paragraaf 3.9) en DBC's met een kortere wachttijd eerder worden aangeleverd is er een indicatie dat DBC's met een korte aanlevertijd een lange behandelduur kunnen hebben. Dit is echter niet het geval. DBC's met een korte aanlevertijd hebben gemiddeld niet een langere behandelduur (figuur 4.2).

Figuur 4.2 Gemiddelde behandelduur per aanlevertijd van DBC's geopend in 6 verschillende maanden



Gegeven dat de trend van gemiddelde wachttijden per aanlevertijd (figuur 4.1) consistent stijgend is zouden al na enkele maanden via extrapolatie de uiteindelijke wachttijden kunnen worden voorspeld. Een belangrijke voorwaarde hiervoor echter is beperkte veranderingen in beleid. Echter, het beleid in de ggz is sinds 2012 sterk aan verandering onderhevig geweest, waardoor extrapolatie van trends uit het verleden risicovol is.

Bijlage A. Activiteitencode-tabel

Relevant voor dit onderzoek zijn de activiteiten codes binnen groep 2 (diagnostiek) en groep 3 (behandeling) van de activiteiten en verrichtingenlijst. Binnen groep 2 is expliciet geselecteerd op code 2.1 'Intake & screening'. Groep 3 betreft behandelactiviteiten. Voor de analyse 'type behandeling' is van deze codes gebruik gemaakt. Binnen bijna alle behandelactiviteit-subgroepen wordt onderscheid gemaakt tussen behandeling individueel, groep en systeem, met uitzondering van subgroep 3.2 (farmacotherapie) en subgroep 3.3 (fysische therapie). Records met activiteit 3.2 hebben behandeltype farmacotherapie = 1 gekregen. Records met alleen fysische therapie (N=557) hebben voor alle behandeltypen de waarde 0 gekregen.

Bijlage B. Representativiteit

Door verkeerde registratie is voor 32% van alle DBC's de datum van het eerste activiteit met direct contact gelijk aan of eerder dan de openingsdatum van het zorgtraject of de datum van de eerste behandelactiviteit voor de datum van de intakeactiviteit, waardoor het record niet bruikbaar is om een wachttijd te meten. Om te bepalen hoe representatief de selectie van DBC's is waarop de analyses zijn gebaseerd, staat in deze bijlage voor elke factor het percentage niet-bruikbare DBC's per categorie. Uit de resultaten blijkt dat dat voor de meeste factoren de verdeling van de selectie vergelijkbaar is met die van de complete dataset. Alleen type aanbieder is opvallend: Voor de gebudgetteerde aanbieders zijn 27% van de DBC's niet bruikbaar, terwijl voor de niet-gebudgetteerde aanbieders dit percentage 50% betreft. Dit zorgt ervoor dat de gebudgetteerde aanbieders oververtegenwoordigd zijn in de dataset.

Tabel B.1 Percentage niet bruikbare DBC's per type aanbieder

Type aanbieder	Niet bruikbaar (%)
Niet gebudgetteerd	50
Gebudgetteerd	27

Tabel B.2 Percentage niet bruikbare DBC's per categorie diagnosegroep

Diagnosegroep	Niet bruikbaar (%)
Aan middel gebonden stoornissen	27
Aanpassingsstoornissen	32
ADHD	24
Andere problemen reden voor zorg	35
Angststoornissen	32
Autismespectrum	26
Bipolaire stoornissen	34
Cognitieve Stoornissen	22
Depressieve stoornissen	32
Eetstoornissen	26
Gedrag	26
Geen of ontbrekende primaire diagnose	42

Kindertijd overig	28
Persoonlijkheidsstoornissen	30
Posttraumatische stress-stoornis	28
Restgroep diagnoses	29
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	32
Somatoforme stoornissen	29

Tabel B.3 Percentage niet bruikbare DBC's per leeftijdsklasse

Leeftijdsklasse	Niet bruikbaar (%)
18-25	30
26-50	33
51-100	32

Tabel B.4 Percentage niet bruikbare DBC's per geslacht-type

Geslacht	Niet bruikbaar (%)
Man	31
Vrouw	32

Tabel B.5 Percentage niet bruikbare DBC's gegeven de ernst van de diagnose

Ernst	Niet bruikbaar (%)
1	34
2	28
3	31

Tabel B.6 Percentage niet bruikbare DBC's voor patiënten met en zonder nevendiagnose

Nevendiagnose	Niet bruikbaar (%)
Geen nevendiagnose	34
Wel nevendiagnose	29

Tabel B.7 Percentage niet bruikbare DBC's voor patiënten met en zonder psychosociale factoren

Psychosociale factoren	Niet bruikbaar (%)
Geen psychosociale factoren	34
Wel psychosociale factoren	30

Tabel B.8 Percentage niet bruikbare DBC's per GAF-score

GAF-score	Niet bruikbaar (%)
0	34
1	29
2	28

Tabel B.9 Percentage niet bruikbare DBC's per behandelingstype

Farmacotherapie	Systeem behandeling	Groeps-behandeling	Individuele behandeling	Niet bruikbaar (%)
1	0	0	0	36
0	0	0	1	31
1	0	0	1	29
0	0	1	0	37
1	0	1	0	29
0	0	1	1	26
1	0	1	1	24
0	1	0	0	40
1	1	0	0	38
0	1	0	1	32
1	1	0	1	31
0	1	1	0	34
1	1	1	0	32
0	1	1	1	28
1	1	1	1	34

Tabel B.10 Percentage niet bruikbare DBC's per behandelingsduur-categorie

Behandelingduur 5% percentielen	Niet bruikbaar (%)
1	30
2	31
3	30
4	30
5	30
6	30
7	28
8	29
9	29
10	29
11	29
12	29
13	30
14	29
15	29
16	30
17	30
18	32
19	35
20	38

Tabel B.11 Percentage niet bruikbare DBC's per verstedelijkings-categorie

Verstedelijking-categorie	Niet bruikbaar (%)
1	32
2	33
3	31
4	32
5	32

Tabel B.12 Percentage niet bruikbare DBC's per verzekeraar

Verzekeraar	Niet bruikbaar (%)
Achmea	32
Agis	32
CZ	29
Menzis	30
Multizorg VRZ	33
VGZ	31

Bijlage C. Extra tabellen

Tabel C.1 Beschrijvende statistieken van behandelingswachttijd (weken) per diagnosegroep

Diagnosegroep	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aan middel gebonden stoornissen	6,0	2,4	4,7	7,9	33060
Somatoforme stoornissen	5,8	2,0	3,9	7,1	21841
Cognitieve Stoornissen	7,6	2,6	5,3	10,0	25717
Angststoornissen	6,3	2,0	4,3	8,1	54458
Aanpassingsstoornissen	5,6	2,0	4,0	7,0	43079
Depressieve stoornissen	6,2	2,0	4,1	8,0	102361
Eetstoornissen	7,7	3,1	6,1	10,6	8688
Restgroep diagnose	7,8	3,0	5,9	10,1	16996
Geen of ontbrekende primaire diagnose	6,2	1,3	3,9	8,0	3030
Andere problemen reden voor zorg	6,7	2,4	4,9	8,9	49286
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	6,2	1,7	3,9	8,0	6798
Bipolaire stoornissen	6,4	1,9	4,1	8,4	3569
Posttraumatische stress-stoornis	7,8	2,6	5,3	10,3	24716
Persoonlijkheidsstoornissen	9,0	3,0	6,3	12,1	36574
ADHD	10,3	4,0	8,3	14,1	25951
Gedrag	7,0	2,1	5,0	9,1	1176
Kindertijd overig	9,1	2,9	6,0	12,5	1035
Autismespectrum	11,6	3,6	8,1	16,6	9436

Tabel C.2 Beschrijvende statistieken van aanmeldwachttijd (weken) per diagnosegroep. De resultaten zijn voor de selectie van DBC's die een intake hebben gehad, ongeacht of er een behandeling volgt.

Diagnosegroep	Gemiddelde	Eerste kwartiel	Mediaan	Derde kwartiel	Aantal
Aan middel gebonden stoornissen	3,6	0,9	2,0	4,0	40172
Somatoforme stoornissen	3,7	1,0	2,0	4,1	24627
Cognitieve Stoornissen	3,8	1,1	2,6	4,6	34407
Angststoornissen	3,9	1,0	2,1	4,6	60040
Depressieve stoornissen	3,9	1,0	2,1	4,4	113497
Aanpassingsstoornissen	3,9	1,0	2,3	4,3	52172
Eetstoornissen	4,2	1,1	2,1	5,1	10200
Restgroep diagnose	4,2	1,1	2,6	5,0	20845
Andere problemen reden voor zorg	4,4	1,0	2,3	4,7	60822
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,5	1,1	2,4	5,0	7963
Geen of ontbrekende primaire diagnose	4,6	1,0	2,3	5,0	73109
Bipolaire stoornissen	4,7	1,0	2,7	5,1	4020
Posttraumatische stress-stoornis	4,9	1,1	2,9	5,7	27849
Persoonlijkheidsstoornissen	5,0	1,1	2,9	5,9	43512
ADHD	5,1	0,9	2,3	5,9	29031
Gedrag	5,5	2,0	3,9	6,7	1480
Kindertijd overig	5,9	1,7	4,0	7,3	1329
Autismespectrum	10,2	2,1	5,1	11,1	12465